DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE

N° 15.

OBSERVÉ

à Lanvéoc — canton de Crozon (Finistère).

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

à la Faculté de Médecine de Montpellier,

le 21 FÉVRIER 1868,

PAR

J.-B. GUILLEMART,

de Lannion (Côtes-du-Nord),

Médecin de 1re classe de la marine impériale ; Chevalier de la Légion d'Honneur.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE L. CRISTIN ET Cie, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5,

près la Faculté des Sciences.

1868

A Monsieur le Docteur TOUSSAINT,

Chirurgien major de la marine en retraite ; Chevalier de la Légion d'Honneur.

Mon premier Maître.

A mon oncle Charles LETULLE.

J.-B. GUILLEMART.

MEIS ET AMICIS.

J.-B. GUILLEMART.

Dans les premiers jours du mois de janvier 1866, le choléra fit son apparition à Brest et y atteignit en très-peu de jours son maximum de violence. D'abord l'épidémie se concentra dans la ville, sévissant particulièrement sur les quartiers les plus malsains; puis, franchissant les limites de la cité, elle se répandit dans la banlieue, et dans les communes rurales avoisinantes. Lanvéoc, petit bourg, situé de l'autre côté de la rade, en face de Brest, fut une des premières localités visitées par la maladie. Son éloignement du chef-lieu de canton, résidence du médecin, sa population, presqu'entièrement composée de marins, d'ouvriers de l'arsenal ou de leurs familles, éveillèrent la sollicitude de l'autorité supérieure, et le préfet-maritime du 2e arrondissement m'envoya sur les lieux pour combattre le mal. J'y suis resté jusqu'au 12 mars suivant, époque à laquelle toute manifestation épidémique avait cessé depuis quelques jours déjà.

Les faits que j'ai observés, pendant mon séjour à Lanvéoc, sont le sujet de cette thèse inaugurale. Je me bornerai à les exposer succinctement, sans m'égarer dans des considérations, plus ou moins spécieuses, persuadé que la grande question du choléra ne peut que gagner à une exposition claire et scrupuleuse des faits de transmission.

Je diviserai mon travail en deux parties.

Dans la première, je traiterai de la topographie hygiénique et médicale de Lanvéoc, puis je ferai l'historique de l'épidémie.

Dans la seconde, j'étudierai les symptômes observés et la physionomie particulière qu'a présenté la maladie.

DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE

Observé à Lanvéoc — canton de Crozon (Finistère).

PREMIÈRE PARTIE.

Topographie hygiénique et médicale.

Lanvéoc est un petit bourg du canton de Crozon. Ce n'eet pas une commune ayant son administration spéciale, mais, à proprement parler, une section de la grande commune de Crozon. Sa population est d'environ 1,300 habitants, disséminés sur toute l'étendue de la circonscription territoriale, mais l'agglomération principale ne compte pas plus de 350 âmes.

Le bourg est situé eur un plateau assez élevé, d'où l'œil embrasse, dane tous ses détails, le magnifique panorama de la rade de Brest. Les maisons occupent l'extrémité du plateau qui regarde le Nord. Elles sont étagées suivant une pente très-douce qui se termine par une déclivité abrupte du côté de la mer. Par suite de son exposition et de son altitude, cette localité est sans ccsse battue par les vents et se trouve sans abri contre leur impétuosité.

Séparé de Brest par toutc la largeur de la rade qui est, en cet endroit, d'environ 6,000 marins (11 kilomètres), le bourg de Lanvéoc

est formé essentiellement par deux rues irrégulières, de longueur et de largeur inégales.

La première, que l'on rencontre en venant de la plage, court Est et Ouest. Sa direction est à peu près parallèle au rivage. Elle a environ 200 mètres de longueur, sur une largeur qui varie de 8 à 14 mètres. Elle n'est pas pavée, et vers son extrémité Est, ce n'est qu'un mauvais chemin défoncé, raviné, bordé de quelques masures à demi-ruinées. Le sol de cette rue, dans la plus grande partie de son parcours, est inégal, raboteux, crevassé. Le milieu en est moins élevé que les côtés, de sorte que pendant tout l'hiver et la saison des pluies, la chaussée est transformée en une mare boueuse où viennent se rendre le résidu liquide des étables et les immondices provenant des maisons adjacentes. Cette disposition du sol est très-fâcheuse, parce qu'elle crée ainsi un réceptacle immonde dont les émanations vicient l'air environnant et rendent cette partie du bourg très-insalubre. Aussi est-ce le lieu de prédilection des épidémies. Toutes les fois que le choléra a paru à Lanvéoc, c'est là qu'il a frappé les coups les plus cruels; c'est encore là qu'il a sévi avec le plus de violence et d'acharnement lors de la dernière invasion.

De cette rue se détache une seconde qui se dirige du Nord au Sud, en suivant une pente assez sensible. Elle a une longueur de 120 mètres environ, et sa largeur, qui d'abord est de 19 mètres, va en diminuant jusqu'au haut, où elle n'est plus que de 11 à 12 mètres. Sa déclivité naturelle permet aux eaux pluviales de s'écouler librement par deux ruisseaux latéraux qui les conduisent jusqu'à la plage. La chaussée de cette rue est dans un meilleur état que la première. Les maisons qui la bordent, exposées au levant et au couchant, sont dans des conditions de salubrité relativement bonnes. Elles sont moins humides, mieux aérées que les autres. C'est à la réunion de ces conditions qu'elles doivent l'avantage d'avoir fourni moins d'aliment au fléau. Le nombre des cas y a été bien plus faible, et si elles n'ont pas joui d'une immunité complète, du moins elles ont présenté un chiffre de décès beaucoup plus restreint. Le foyer d'infection y est resté circonscrit dans un petit espace, exerçant son action funeste, pour ainsi dire sur place, respec-

tant les maisons voisines. Le haut de cette rue est le point de départ de trois routes, dont une conduite à Crozon et une autre fait communiquer la ville de Quimper, chef-lieu du département, avec la rade de Brest; mais elle est peu fréquentée aujourd'hui.

Outre les deux rues que je viens de décrire, il y a encore deux ou trois ruelles sans importance, irrégulièrement bordées de maisons et qui se perdent dans les champs ou bien aboutissent à des sentiers.

Le cimetière, à l'extrémité duquel se trouve l'église, est parfaitement isolé. Il occupe un terrain assez élevé, en dehors du bourg, dans le Sud-Est. Cette disposition est favorable à l'hygiène, car les vents dominants étant ceux du Nord-Ouest au Sud-Ouest, pendant la plus grande partie de l'année, ce cimetière est par conséquent sous le vent par rapport aux habitations.

Habitations. — Les maisons sont, en général, petites, basses, humides. Elles n'ont pour laplupart qu'un rez-de-chaussée, quelques-unes seulement ont un étage. Les matériaux qui entrent dans leur construction ont été extraits d'une carrière de granit à gros grains située près de la plage. Elles ont, à peu d'exceptions près, une toiture d'ardoises.

Les fenêtres sont étroites, mal percées; chaque pièce n'en a qu'une, encore est-elle disposée de la façon la moins favorable au renouvellement de l'air. Presque toutes les maisons sont divisées en deux compartiments par une allée centrale, perpendiculaire à la façade et qui aboutit à deux portes, dont l'une donne sur la rue, l'autre sur les champs ou les courtils. Aux habitations sont adossées des crèches ou des étables; cependant, dans quelques-unes, la vache, les moutons habitent la même pièce que la famille. Leur litière n'est séparée du réduit affecté aux maîtres que par un lit ou une armoire formant cloison incomplète. Les immondices sont reçues dans une fosse, en plein air, à côté de la maison, ou bien dispersées sur les couches de fumiers voisines.

Rarement, il existe un plancher dans ces habitations. Le sol est formé par de la terre battue, toujours ou presque toujours humide et boueuse.

Bâties le plus ordinairement en contrebas des champs, ces maisons sont par cela même difficiles à tenir sèches. L'humidité y est permanente; les murailles visqueuses, gluantes, laissent suinter l'eau qui les pénètre ou qui se dépose sur leurs parois par suite de la saturation de l'atmosphère intérieure.

Enfin, les liquides provenant des étables et des fumiers circulent sous le sol, dans des conduits fréquemment obstrués, dont les nombreuses fissures dégagent sans cesse des odeurs infectes.

Telles sont les conditions que présentent la plupart des maisons que j'ai visitées. Il en est certes plusieurs dans lesquelles les règles de l'hygiène sont mieux observées, mais c'est l'exception, et la description que je viens de donner s'applique à la généralité.

Dans les villages, dans les hameaux qui environnent Lanvéoc, les conditions hygiéniques sont plus fâcheuses encore peut-être

On ne peut arriver aux maisons qu'en passant sur une épaisse couche de plantes, d'herbes desséchées, de paille et de détritus de toute espèce, destinés à être convertis en fumier. Le purin des étables, les eaux ménagères, les infiltrations pluviales, opèrent cette transformation, à la grande joie du paysan, mais aussi au détriment de sa santé.

La fréquence des scrofules et de la tuberculose est la conséquence de l'humidité et du méphitisme des habitations.

L'encombrement y est toujours considérable. Quand la maison est divisée en deux pièces, tantôt chacune est occupée par un ménage distinct, tantôt une des pièces est affectée au logement de la famille et l'autre aux différents instruments de l'exploitation agricole. Dans les deux cas, la famille, quelque nombreuse qu'elle soit, n'occupe jamais qu'un côté; souvent même, dans les fermes, les valets couchent dans la même pièce que les maîtres et leurs enfants.

C'est donc encore une cause d'insalubrité à ajouter à celles déjà si nombreuses que présentent les habitations.

Configuration du sol. — La section de Lanvéoc borde la rade de Brest sur une étendue d'environ 6 kil., elle forme une partie du littoral Sud

de cette rade. Elle présente un aspect inégal. Les collines qui la constituent ont une élévation moyenne. Leur altitude augmente du rivage vers le centre de la presqu'île de Crozon. Le massif au sommet duquel s'élève Crozon a 80 mètres de hauteur. Au loin, on aperçoit le *Menez-Hom* (330 m.) dernier contre-fort des montagnes d'Arré. Les vallons sont arrosés par des ruisseaux, véritables torrents qui, desséchés pendant l'été, roulent, quand vient l'hiver, un volume d'eau assez considérable. Toutes ces collines se confondent pour former deux ondulations principales, parallèles au rivage et séparées par une vallée spacieuse. Un plateau assez étendu occupe le sommet de chaque ondulation. La pente est douce, du côté de la vallée, mais du côté de la plage, c'est une falaise abrupte, escarpée, à pic, dont les rochers déchiquetés sont sans cesse battus par la lame.

Les plateaux sont peu boisés, la violence des vents, surtout ceux du Sud-Ouest, y arrête les progrès de la végétation. Les versants sont plus fertiles et mieux cultivés.

Le sol appartient aux terrains de transition modernes. Les roches dominantes sont le schiste et le granit. Au bord de la mer, les terres sont en général sèches, siliceuses, peu susceptibles de culture. Le sous-sol est glaiseux, la marne y est assez répandue. Cette constitution du sol le rend peu perméable et s'oppose à la filtration des eaux pluviales. Ces eaux, pendant l'hiver, s'accumulent dans les bas-fonds et y forment de véritables marais qui disparaissent par évaporation sous l'influence des chaleurs de l'été. Le miasme paludéen qui s'en dégage va s'accumuler aux pieds des collines, dans les vallons, s'y condense et devient l'origine des fièvres intermittentes qu'on observe principalement à la fin de l'été et au commencement de l'automne. Ces fièvres revêtent les caractères ordinaires des fièvres paludéennes. Elles impriment à l'économie un cachet particulier de débilitation et laissent après elles une anémie profonde. Pendant mon séjour à Lanvéoc, j'ai eu à traiter un assez grand nombre de fiévreux. Il est rare de rencontrer une ferme qui ne contienne au moins un fébricitant.

Climat. — Le climat est humide et pluvieux, comme dans toute la péninsule armoricaine. Le ciel est couvert pendant une grande partie de l'année. Les vents du Sud-Ouest, chassant devant eux de gros nuages, y apportent sans cesse les masses d'eau de l'Océan.

La température est moyenne, exempte des froids rigoureux en hiver et des chaleurs accablantes en été. La neige tombe rarement et ne reste pas sur le sol.

La population, en général, est pauvre; le bourg est sans industrie. Les hommes sont marins ou laboureurs, quelques-uns font le batelage de la rade de Brest, d'autres sont employés comme ouvriers dans l'arsenal de la marine.

La nourriture ordinaire est peu substantielle; elle est composée principalement de pain d'orge grossier, de pommes de terre et de bouillie de blé noir. La viande fraîche n'entre qu'exceptionnellement dans l'alimentation. Les fermiers les plus aisés en mangent à peine une fois par semaine, les autres seulement à l'époque des grandes fêtes. Le lard salé est d'un usage plus fréquent. Cette nourriture, en grande partie végétale, est tout à fait insuffisante. De là une réparation incomplète des pertes éprouvées par l'organisme pendant le travail de chaque jour, de là aussi une calorification insuffisante, et, comme résultat, un appauvrissement de la constitution.

La boisson ordinaire est l'eau des puits ou des fontaines, qui est en général bonne.

La tendance au lymphatisme, à la scrofule, à la tuberculose, existe chez un certain nombre d'individus.

Les maladies qu'on observe le plus fréquemment, outre celles déjà énumérées, sont la fièvre typhoïde et la dysenterie. Ces deux affections sévissent ordinairement vers la fin de l'été et dans le cours de l'automne. Elles y revêtent le caractère épidémique. L'élément typhique envahit, en général, le champ pathologique.

Je termine ici la description des lieux dans lesquels s'est développé le choléra. J'ai suffisamment indiqué les conditions fâcheuses de l'hy-

giène qui pouvaient favoriser ses progrès ; je vais maintenant exposer les faits relatifs à l'invasion de l'épidémie.

Historique de l'épidémie.

Il résulte des renseignements que je me suis procurés dans le pays même, que chaque épidémie cholérique qui s'est manifestée à Brest, a eu son écho, sa répercussion à Lanvéoc. Ainsi les années 1831, 1849, 1854, ont été marquées dans cette localité par une augmentation considérable de la mortalité, due à l'influence du fléau. Mais dans aucune de ces circonstances le nombre des décès n'avait atteint un chiffre aussi élevé qu'en 1866.

Le choléra sévissait à Brest depuis les premiers jours du mois de janvier et Lanvéoc jouissait d'un excellent état sanitaire. Quelques diarrhées avaient été signalées au commencement de l'automne précédent, mais depuis plus de deux mois on n'en avait observé aucune autre.

Les vents soufflaient presque constamment du Sud-Ouest ou de l'Ouest, c'est-à-dire de Lanvéoc vers la ville infectée. A cause des rigueurs de la saison, les communications avec Brest étaient plus rares que d'habitude (1).

Le sieur N..., douanier retraité, dont la fille devait se marier le 15 janvier, vint à Brest pour faire des achats. Il y séjourna du 11 au 13 et habita le n° 38 de la rue de l'Église à Recouvrance. A cette époque, cette partie de la ville était encore à l'abri du fléau, mais le sieur N... fut très souvent appelé par ses affaires dans le quartier Keravel où la maladie sévissait avec intensité. Il alla dans plusieurs maisons où il y

(1) Ces communications se font au moyen de trois ou quatre bâteaux non pontés, montés chacun par deux ou trois hommes. La durée de la traversée est au moins d'une heure, dans les circonstances les plus favorables. Elle peut se prolonger beaucoup plus longtemps, lorsque le vent est contraire. Les départs n'ont pas lieu en général à jours ni à heures fixes. De plus, à l'époque dont je parle, un petit bâteau à vapeur venait faire escale à Lanvéoc deux fois par semaine, le lundi et le vendredi, jours de marché à Brest.

avait des malades et quelques-uns ont même succombé pendant qu'il était encore à Brest. Il retourna à Lanvéoc le 13 au soir.

Le 14, quelques parents vinrent de la ville pour assister à la nôce qui devait se célébrer le lendemain ; ils emmenèrent un enfant de sept ans, François N..... qui jouissait d'une très-bonne santé lors de son départ de Brest.

Le 18, cet enfant se sent indisposé ; il se couche et aussitôt apparaissent de la diarrhée, des vomissements. Deux jours après, le 20, il expire, présentant tous les symptômes du choléra le mieux caractérisé.

Le sieur N.... éprouva lui-même les mêmes phénomènes morbides que son neveu. La diarrhée, les vomissements amenèrent bientôt une grande prostration, mais après quelques jours de danger, il put guérir.

Sept jours après la première nôce, le 22 janvier, les époux R...., proches parents du sieur N...., marièrent aussi une de leurs filles, et, à l'occasion de cette solennité, ils firent un ou deux voyages à Brest. Ils y séjournèrent même quelques jours (18, 19, 20 janvier), dans la famille de leur futur gendre, qui habitait aussi Recouvrance. Ainsi que le sieur N...., ils furent appelés fréquemment par leurs affaires dans les quartiers qui étaient regardés comme les foyers principaux de l'épidémie. Ils repartirent pour Lanvéoc, avec quelques invités, tous en bonne santé.

Le 22 janvier, le jour même de la nôce de sa fille, le sieur R.... tombe malade dans la soirée. Les symptômes caractéristiques apparurent bientôt et enlevèrent le patient après 48 heures de souffrance. Il était âgé de 52 ans.

Le lendemain, 25, fut signalé par un troisième décès cholérique, celui du sieur L...., âgé de 36 ans, habitant momentanément un hameau voisin. Ce malheureux s'était trouvé malade le soir même de son arrivée de Brest et fut enlevé rapidement. Sa mort fut suivie de celle d'une jeune fille, en compagnie de laquelle il avait fait le voyage de Brest, et qui expira un ou deux jours après lui.

Un autre décès eût lieu le 27. C'était une vieille femme de 73 ans,

la veuve E...., qui avait assisté aux deux nôces célébrées les jours précédents.

Le 28, la veuve R...., âgée de 45 ans, dont le mari était mort le 24, fut prise à son tour du choléra et mourut le 30.

Le 31 fut marqué par la mort du sieur P...., âgé de 39 ans, bâtelier. Il était parti la veille pour Brest dans un parfait état de santé. C'est là qu'il ressentit les premières atteintes du mal; il rentra chez lui dans la soirée et succomba le lendemain.

Dans la maison habitée par les époux R...., morts tous les deux, l'un le 23, l'autre le 28 janvier, quatre nouveaux cas se déclarèrent du 31 janvier au 2 février. Malgré leur extrême gravité, un seul eût une terminaison fâcheuse, ce fut celui d'une mère de famille, âgée de 39 ans, enceinte de quatre ou cinq mois. Elle mourut le 6 février après une réaction incomplète.

Cette journée du 6 février fut marquée par trois décès : ce sont, outre celui que je viens de signaler, ceux de deux vieillards âgés, l'un de 73 ans, l'autre de 77

Le 7, je constate deux autrss cas mortels survenus chez un enfant ds quatre mois et une vieills femme de 73 ans.

Le 9, un seul décès : une veuve âgée de 77 ans.

Le 10, un autre jeune enfant de huit mois.

Le 12 mourut une vieille femme de 72 ans.

Le 14, deux décès : un homme âgé de 61 ans et uns femme de 55 ans.

Le 18, un enfant de dix-huit mois.

Le 19, deux autres victimes : un homme de 42 ans et une jeune fille de 14 ans.

Enfin, le 22, je constatai un dernier décès sur un vieillard septuagénaire, père de l'homme qui avait succombé le 19.

Là s'arrête la mortalité.

Les sept premiers décès, survenus du 20 au 31 janvier, avaient jeté l'épouvante dans tous les esprits. Le nombre des maladss devenait chaque jour de plus en plus considérable. Tous les premiers cas se déclarèrent

sur des personnee qui avaient été à Brest ou bien qni avaient assisté aux deux mariages, et s'étaient par conséquent trouvées en rapport avec les premiers malades.

A mon arrivée, j'ai constaté une vingtaine de cas de choléra, dont trois étaient déjà à la période algide. Ma présence releva le moral affaissé des habitants ; ile étaient certains d'être secourus à tempe. La plupart des victimes n'avaient pas pu recevoir les soins médicaux. L'incurie particulière aux gens de la campagne faisait qu'on n'allait chercher le médecin que lorsque son intervention n'était plus utile. Le plus souvent il n'arrivait que pour conetater un décès.

Le choléra, ai-je dit, choisit ses premièree victimee parmi les personnes venuee de Brest ou bien qui avaient eu des rapporte avec la ville infectée. Ainsi, dans la maison où mourut la première victime, le jeune François N...., il y eut trois autres cas, mais moins graves, et qui se sont terminée par la guérison. Dans la maison où eut lieu la seconde nôce, on ne compta pas moins de sept cas, dont trois eurent une issue funeste. Ces deux maisons, situées dans la partie du bourg la plus maleaine, et presque en face l'une de l'autre, peuvent être regardées comme les deux principaux foyers où s'est développée l'infection et d'où elle s'est ensuite répandue de proche en proche à la totalité du bourg.

Le temps était bumide et froid ; la pluie tombait presque continuellement. Ces fâcheuses conditions atmosphériquee augmentaient encore l'insalubrité babituelle des demeures. Le milieu était éminemment propice au développement de l'épidémie. Auesi les germes apportés de Brest se propagèrent-ile rapidement, s'attachant de préférence aux constitutione débilitées par l'âge, la misère ou les maladiee, s'établissant dans les maisons les plus malsaines. Toutes les parties du bourg furent visitées par le fléau, mais les plus maltraitée furent celles qui avoisinent le cloaque bourbeux dont j'ai parlé plus haut. Là, dans un espace assez restreint, il fit douze victimes, après avoir frappé un bien plus grand nombre de personnes Au commencement de l'épidémie, le choléra tuait presque tous ceux qu'il attaquait. En même temps, beaucoup d'habitants, les femmes et les vieillards principalement, présentèrent de nombreux

cas de diarrhée et de cholérine. Puis la manifestation symptomatique offrit un caractère de gravité moindre; les cas étaient moins nombreux, moins intenses, et l'épidémie suivit sa marche décroissante jusqu'à sa disparition complète, après avoir cependant présenté une assez forte recrudescence vers la fin du mois de février.

Le nombre total des décès a été de 21, dont 16 pour l'agglomération principale. Dans les hameaux environnants, les cas ont été bien moins nombreux et beaucoup moins graves qu'à Lanvéoc même.

Sur les 16 décès qu'a présentés le bourg, 12 ont eu lieu dans la partie la plus insalubre et ont été fournis par un très petit nombre d'habitations. Le reste du bourg n'a compté que quatre cas mortels, dans trois maisons contiguës, qui offraient au plus haut degré toutes les mauvaises conditions d'une hygiène déplorable.

Le nombre des personnes qui ont subi l'influence épidémique a été très-considérable, puisque, pour le bourg seulement, il monte à 80, et à 104 pour toute la circonscription. Dans ces chiffres, sont compris les diarrhées, les cholérines et les cas de choléra.

Avant d'en finir avec l'histoire du développement de l'épidémie, je vais résumer très-rapidement les faits.

Le choléra éclate à Brest, mais Lanvéoc, séparé de la ville par la mer, jouit, malgré l'insalubrité des lieux et les mauvaises conditions des habitations, d'un excellent état sanitaire. Les communications avec Brest deviennent plus fréquentes que d'habitude, par suite des circonstances mentionnées précédemment. Un enfant venu de Brest meurt du choléra; les personnes qui avaient été à Brest, au plus fort de l'épidémie, tombent malades à leur tour et meurent pour la plupart. Le choléra gagne de proche en proche tout le bourg, frappant surtout ceux qui ont eu des rapports avec les premiers malades.

Il est pour moi évident que le principe infectieux a été ainsi importé de Brest à Lanvéoc. Il y a trouvé un milieu favorable à son développement et s'est propagé rapidement. Je ne crois pas qu'on puisse admettre un autre mode de transmission, l'importation par les courants d'air atmosphérique, par exemple, puisque, dans les premiers jours de l'épi-

démie, les vents soufflaient de Lanvéoc sur Brest, c'est-à-dire dans une direction opposée à celle qui serait nécessaire pour expliquer l'invasion de la maladie d'après cette hypothèse. Voici ce qui se produisit ensuite :

L'enfant venu de Brest développa un premier foyer d'infection ; les autres personnes qui avaient puisé les germes du choléra dans la même ville, vinrent en augmenter l'intensité. Maintenant, si on admet la triple influence de l'insalubrité, de l'encombrement, de la misère, on s'expliquera sans peine la facilité avec laquelle la maladie s'est propagée dans tout le bourg et les environs.

Les habitants de Lanvéoc (et ce fait est vrai pour presque toutes les petites agglomérations) sont en général unis les uns aux autres par des liens de parenté plus ou moins rapprochés. A défaut même de ces liens de parenté, ils trouvent dans leurs rapports d'intimité une occasion incessante de se fréquenter. Dès qu'un cas de choléra se déclarait dans une maison, aussitôt les voisins, les parents, les amis, accouraient en foule, malgré la terreur que le nom seul du mal imprimait aux esprits. Cette affluence dans un lieu dont l'atmosphère était déjà contaminée, augmentait les propriétés nuisibles de l'air et favorisait la propagation du miasme infectieux.

Les visiteurs rentraient chez eux, profondément émus du triste spectacle qu'ils venaient de contempler. Bientôt ils tombaient malades à leur tour, et la même scène se reproduisait invariablement.

Cette influence de l'encombrement est tellement évidente, que lorsque j'eus interdit toute espèce de rassemblement de ce genre, l'épidémie perdit aussitôt ce caractère de propagation rapide qu'elle offrait avant mon arrivée.

DESCRIPTION DU CHOLÉRA.

Le choléra qui a sévi à Lanvéoc a présenté à peu près tous les symptômes observés dans les différentes épidémies décrites jusqu'à ce jour. Cependant il a différé du choléra habituel classique, par l'absence de certains signes et la prédominance de quelques autres, suivant l'âge ou la constitution du malade. Dès le début, on a noté tous les symptômes caractéristiques : faiblesse générale, céphalalgie, vertiges, évacuations alvines séreuses, blanchâtres, vomissements, suppression des urines, petitesse, puis absence du pouls, crampes, aphonie, amaigrissement, algidité, cyanose, perte d'élasticité de la peau, etc., etc... Bientôt j'ai vu un ou plusieurs de ces signes faire défaut et la maladie, bien que incomplète dans sa manifestation, n'en était pas moins mortelle.

Prodromes. — Y a-t-il une période prodromique dans le choléra? Les signes avant-coureurs peuvent manquer complétement dans les cas foudroyants, par exemple ; ils peuvent encore être si légers, qu'ils passent inaperçus, trompant ainsi le malade et le médecin. Mais lorsque les symptômes prodromiques existent, ils sont d'une extrême importance. En effet, l'expérience de chaque jour prouve que dans l'immense majorité des cas, on peut, en les traitant à temps, arrêter l'invasion du choléra.

Si la période prodromique est admise par un certain nombre de médecins, elle est niée par d'autres.

« Je crois que si l'on veut parvenir à s'entendre un jour sur l'existence des prodromes, il importe de définir nettement ce terme comme l'ont fait MM. Briquet et Mignot, qui ont intitulé diarrhée la première période. On doit même se demander si, avant celle-ci, il existe des phénomènes qui ne sont point encore la maladie elle-même, mais qui indiquent un

trouble déjà produit dans la santé, puis spécifier quels sont ces phénomènes (1). »

Dans l'épidémie dont je fais l'histoire, le début n'a jamais été brusque, je n'ai pas observé un seul cas foudroyant. Toujours la manifestation des symptômes du choléra confirmé a été précédée d'une période prodromique significative. Les signes avant-coureurs ont presque constamment présenté les mêmes caractères. Ainsi, dans l'immense majorité des cas, c'était une diarrhée plus ou moins intense, de couleur variable, précédée ou suivie de flatulences ou de borborygmes intestinaux bruyants. Dans les cas les plus graves et tout à fait au commencement de l'épidémie, l'intervalle qui séparait ce signe prodromique de l'apparition des symptômes du choléra confirmé a été de quelques heures seulement. Plus tard, la diarrhée s'est montrée un, deux, trois et même huit jours et plus avant l'invasion de la maladie. Ce dernier cas est celui du nommé O...

Cet homme, d'un tempérament robuste, était dans toute la force de l'âge, 42 ans. Mais depuis neuf ou dix jours, il avait une diarrhée intense qui l'affaiblissait et qu'il dédaigna de soigner. Le 18 au matin, il est pris de vomissements et de crampes. — L'aphonie paraît aussitôt et après elle l'algidité. On ne put pas le rechauffer, et le lendemain matin, à sept heures, il rendait le dernier soupir.

La diarrhée a manqué dans quelques cas bien rares. Alors l'invasion était précédée par d'autres signes, tels que l'accablement, les défaillances, les frissons, vagues et rapides ou bien prolongés.

J'ai observé en outre dans la période prodromique, quelque fut son caractère, l'insomnie, la perte de l'appétit, un malaise général, enfin, une anxiété des plus grandes.

Périodes et formes. — Les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. — Les formes, les périodes du choléra varient avec chacun.

M. Bouillaud, en admettant un choléra léger et un choléra grave,

(1) Marcellin Duval, Mémoire sur le choléra-morbus asiatique, p. 16, Brest, 1855.

reconnaît à ce dernier deux périodes bien distinctes : « 1° celle des grandes évacuations gastro-intestinales, de la concentration du sang vers les viscères digestifs ou de l'irritation sécrétoire dont ils sont le siége; 2° celle de la réaction avec ou sans développement des phénomènes appelés typhoïdes. » M. Chomel en décrit cinq : la forme nerveuse, la forme inflammatoire, la forme asphyxique ; une quatrième forme et une cinquième caractérisées, l'une par des troubles circulatoires, l'autre par des troubles du côté des fonctions digestives.

MM. Delaberge et Monneret admettent quatre périodes ; Valleix deux : la période algide, la période de réaction. M. Gendrin en admet quatre qui sont : 1° la période phlegmorrhagique ; 2° la cyanique ; 3° l'asphyxique ; 4° une dernière période de coction, de crise ou de terminaison de la maladie.

Il existe encore un grand nombre d'autres divisions, mais je les passerai sous silence.

M. Marcellin Duval, dans l'ouvrage que je viens de citer, propose l'ordre suivant dans l'étude du choléra : 1° prodromes ; 2° périodes, au nombre de trois : la première ou d'invasion ; la seconde algide, cyanique ou asphyxique ; et la troisième de réaction. J'appellerai la première période d'augment, et la deuxième période d'état, et je conserverai à la troisième son appellation de période de réaction.

Première période d'augment. — C'est celle qui succède aux prodromes ou signes précurseurs. Pendant cette période, la physionomie particulière de la maladie se dessine et revêt sa forme caractéristique. Elle est marquée par l'apparition simultanée ou successive des symptômes qui constituent le choléra et qui vont en augmentant d'intensité.

Deuxième période d'état. — C'est la manifestation la plus grave du mal. Elle a encore été appelée période algide, asphyxique, cyanique, à cause du refroidissement du corps, de la couleur violacée de la peau et des phénomènes d'asphyxie qui dominent.

Arrivée à ce point d'intensité, la maladie se termine par la mort ou bien par le passage à la troisième période.

Troisième période ou de réaction. — Aux symptômes de la période précédente succède un nouvel état. La chaleur renaît peu à peu dans l'organisme ; les vomissements, la diarrhée cessent, les crampes disparaissent, la sécrétion urinaire se rétablit, et, lorsque la réaction est franche et modérée, elle est bientôt suivie du retour à la santé.

SYMPTOMES.

Afin de mettre plus de nettete dans ma description, je les étudierai suivant l'ordre physiologique :

1° Habitude extérieure ;
2° Appareil digestif ;
3° Appareil circulatoire ;
4° Appareil respiratoire ;
5° Appareil de la phonation ;
6° Calorification ;
7° Sécrétions ;
8° Fonctions de relation, comprenant l'intelligence, la sensibilité et la motilité.

Habitude extérieure. — J'ai noté le facies grippé particulier au choléra, l'enfoncement du globe de l'œil dans l'orbite, l'amaigrissement très-rapide et la perte d'élasticité de la peau.

La cyanose est, de tous les symptômes, celui qui a manqué le plus souvent ; je ne l'ai observée que dans un très-petit nombre de cas, deux ou trois seulement. Quand elle existait, elle était presque toujours bornée à la face, et dans cette région, c'étaient surtout les lèvres et les paupières qui étaient cyanosées. Rarement les mains, les pieds, les parties génitales externes, ont été le siége de cette coloration. La température du tégument cutané présentait ce caractère de froid glacial, spécial au choléra. Dans les cas graves, la peau se recouvrait rapide-

ment de cet enduit visqueux qu'on a si souvent observé; il disparaissait dès que le malade entrait dans une période de réaction franche.

Lorsque les évacuations alvines et les vomissements étaient très-considérables, le volume du corps, du visage et même celui des membres diminuait avec une grande rapidité.

L'odeur caractéristique qu'exhalent, autour d'eux, les cholériques, n'a pas manqué. Elle était, en général, si prononcée, que les personnes qui soignaient les malades en étaient incommodées.

Appareil digestif. — L'état de la langue était celui qui est décrit par tous les auteurs. Elle était froide, pâle, amincie à sa pointe, quelquefois sèche. La soif était vive, inextinguible. Les malades ne prenaient les boissons chaudes ou aromatisées qu'avec un dégoût insurmontable. Ils réclamaient à grands cris les boissons froides, l'eau fraîche, par exemple, et les buvaient avec avidité.

Perte absolue de l'appétit.

Vomissements. — Les vomissements sont peut-être le symptôme qui a présenté le plus de variations Rares ou peu fréquents chez les enfants, ils ont été surtout marqués chez les adultes. Je les ai vus manquer complètement dans deux cas mortels, chez des vieillards septuagénaires. J'ai observé, comme M. Marcellin Duval en 1849, qu'assez souvent ces vomissements diminuaient sensiblement ou s'arrêtaient même tout-à-fait, quelque temps avant la mort. « Il faut donc se garder alors de porter un pronostic favorable ou de faire honneur de ce changement à quelque agent thérapeutique précédemment employé. »

Quant à la nature des vomissements, voici ce que j'ai vu le plus ordinairement: Après que les premiers efforts avaient chassé de l'estomac les matières qu'il contenait et qui provenaient, en général, des aliments ou des boissons, les vomissements devenaient aqueux; mais au lieu de cette teinte blanchâtre ou laiteuse, que l'on regarde comme particulière au choléra, j'ai trouvé assez souvent un liquide d'une coloration variable, tantôt jaunâtre, tantôt verte, d'autres fois c'était de la sérosité presque limpide.

Dans plusieurs cas donc, le vomissement blanchâtre, dans lequel nagent ces grumeaux, analogues à des grains de riz crevés, a fait complètement défaut.

Les matières vomies étaient presque toujours inodores ou bien dégageaient une odeur fade.

Le hoquet a paru presque toujours, mais vers la fin de la maladie, dans la période de réaction.

L'intestin grêle était le siége de borborygmes bruyants, le ventre affaissé. Les malades ont accusé des douleurs abdominales vagues et peu intenses.

Diarrhée — La diarrhée a été observée dans tous les cas. Les selles étaient, en général, très-nombreuses, leur fréquence était en raison inverse de celle des vomissements. Dans cinq ou six cas seulement, cette fréquence des selles coïncidait avec des évacuations par la bouche répétées et abondantes. J'ai vu des malades mourir presque sans vomir et après avoir présenté quelques selles seulement. C'est encore chez les vieillards débilités que j'ai noté cette particularité. Cette absence presque complète d'évacuations pourrait peut-être faire entrer ces derniers cas dans la classe des choléras secs. Ordinairement, les évacuations alvines précédaient les vomissements.

La nature des selles était variable. Chez les uns, c'était l'aspect caractéristique, une fois l'intestin débarrassé par la diarrhée du résidu de la digestion; chez les autres, elles étaient colorées en jaune ou en brun. D'une fétidité extraordinaire, dans ces derniers cas, elles n'ont jamais été sanguinolentes.

Quand les évacuations présentaient les flocons blanchâtres ou grisâtres et les grumeaux caractéristiques, leur odeur était fade, quelquefois même elles étaient inodores.

Appareil circulatoire. — Les battements du cœur, toujours très-faibles, allaient en s'affaiblissant jusqu'à la mort. Cette diminution dans l'énergie des mouvements du cœur coïncidait avec un abaissement considérable de la force du pouls.

Quant au pouls, il était, en général, petit, filiforme et même nul dans les cas les plus graves. Souvent il a disparu complètement plusieurs heures avant la mort. Il oscillait en moyenne entre 60 et 80, et il est quelquefois descendu plus bas encore.

Je n'ai jamais trouvé la fréquence signalée par quelques auteurs, du moins dans aucun des cas les plus sérieux. Lorsque la réaction s'établissait, le pouls se relevait aussitôt, et se modifiait suivant la forme qu'affectait la nouvelle période.

Appareil respiratoire et de la phonation. — Ici, j'ai noté la plupart des phénomènes décrits par les auteurs classiques : dyspnée, anxiété, accélération des mouvements respiratoires, abaissement de température de l'air expiré, odeur cholérique de l'haleine.

Modification du timbre et de l'intensité de la voix. — Faible, cassée, presque sépulcrale, tantôt la voix s'éteignait complètement, tantôt elle se conservait en présentant seulement une altération de son timbre : elle devenait alors rauque et fausse.

J'ai vu la voix, après avoir présenté ces différents caractères, revenir presque à son ampleur habituelle, sans que pour cela la maladie se terminât par la guérison.

Enfin, dans quelques cas assez bénins, il y avait extinction presque complète de la voix ; tandis que chez un malade qui a succombé, elle était à peine modifiée et s'est conservée presque jusqu'au moment de la mort.

Calorification. — J'ai observé, dans tous les cas, l'abaissement de la température du corps. J'ai déjà mentionné la température de la langue. En général, au début, il existait des frissons, bientôt suivis du refroidissement des extrémités. Les parties les plus éloignées produisaient, au toucher, l'impression d'un froid glacial, analogue à celui qu'on éprouve au contact du marbre.

Malgré cet abaissement de la température à la surface du corps, quelques malades accusaient à l'intérieur une chaleur insupportable.

Sécrétions. — *Sécrétion urinaire.* — Toutes les sécrétions, normales ou accidentelles, diminuaient ou cessaient tout à fait.

La diminution et bientôt la suppression complète des urines a été constatée dans tous les cas graves. Ce signe n'a jamais manqué. Aussi peut-on le regarder comme un symptôme pathognomonique du choléra confirmé.

Cette suppression de l'urine persistait, en général, pendant la période de réaction, si elle était incomplète, si la maladie devait avoir une issue fatale.

Lorsque la réaction était franche et complète, les urines ne tardaient pas à reparaître. La sécrétion se rétablissait en moyenne au bout de vingt heures. D'abord peu copieuses pendant les deux premiers jours, elles devenaient ensuite plus abondantes.

Dans cette période, l'urine était trouble, épaisse, sédimenteuse. Je n'ai pas pu y constater la présence de l'albumine.

« D'après les recherches de M. Begbie (*Archives*, janvier 1850), la présence de l'albumine est loin de constituer le véritable caractère des urines cholériques. Il y a, en outre, une altération matérielle dans la constitution de ce liquide. Cette altération consiste dans la présence d'une très-petite quantité d'urée, ou dans l'absence complète de ce principe constituant de l'urine, et dans la présence de l'albumine et de la matière colorante de la bile. Associé uniformément à l'albumine, on trouve encore, dans l'urine, l'épithélium sous des différentes formes. Enfin, on rencontre quelques-uns des dépôts suivants :

» Urate d'ammoniaque amorphe ; acide urique.

» Phosphate ammoniaco-magnésien.

» Oxalate de chaux (les deux premiers surtout).

» La présence de la matière colorante de la bile, de l'albumine, de l'épithélium et la diminution de la proportion d'urée, constitueraient des caractères que l'on ne trouve dans aucune autre maladie. »

Autres sécrétions. — Les autres sécrétions normales, telles que celles fournies par la cornée, le nez, la bouche, diminuaient ou même cessaient entièrement, ainsi que les sécrétions morbides accidentelles.

Chez une vieille femme affectée d'un catarrhe pulmonaire chronique, l'expectoration s'est supprimée dès l'invasion du choléra.

En général, cette diminution ou cette suppression des sécrétions normales était graduelle. Lorsque l'hypersécrétion gastro-intestinale était très-considérable, la cessation de fonction des corps glandulaires avait lieu presque immédiatement.

FONCTIONS DE RELATION. — *Intelligence.* — Elle m'a paru conservée jusqu'aux derniers moments de la vie, surtout quand les malades expiraient dans la période algide ou asphyxique. Lorsque la mort est survenue pendant la réaction, elle avait lieu au milieu des troubles les plue complets de l'intelligence. Tantôt le malade était calme et paraissait ne pas se douter de la gravité de son état; tantôt, au contraire, il était très-agité et dans un état d'inquiétude extrême.

Presque toujours, il y a eu tendance à l'assoupissement, mais peu ou pas de sommeil véritable.

Sensibilité. — La sensibilité était quelquefois tellement affaiblie, que l'application des révulsifs cutanés les plus énergiques ne causait aucune impression douloureuse. Dans d'autres cas, elle était tellement exagérée, que la simple application d'un sinapisme arrachait des cris au patient.

Sensations. — Les sensations étaient toutes plus ou moins émoussées : l'œil atone, sans expression, voyait confusément; l'oreille percevait difficilement les sons et l'olfaction semblait abolie.

Ces troubles sensoriels s'expliquent, en général, facilement par la suppression des sécrétions normales. Ainsi, l'aridité de la conjonctive peut être en rapport avec l'altération de la vision. La résorption des liquides de l'oreille interne (endo-lymphe, péri-lymphe) rend compte de la dureté de l'ouïe; enfin, l'état de sécheresse de la pituitaire n'est pas sans doute étrangère à la diminution ou à la suppression de l'odorat.

Motilité. —Les crampes existaient constamment, mais leur intensité, leur durée, ont varié dans un grand nombre de cas.

Chez quelques vieillards qui sont morts, elles ont été tellement fugaces, tellement peu douloureuses, qu'elles ont pu échapper à leur attention. Chez d'autres malades, au contraire, ce symptôme s'est déclaré avec toute son intensité et jusqu'au terme fatal. J'ai vu les crampes disparaître, ainsi que les selles et les vomissements, sans que la terminaison ait été plus heureuse. Elles ont été plus fréquentes, plus douloureuses, aux membres inférieurs. Les muscles de l'abdomen ont été aussi le siége de contractures douloureuses.

J'ai vu mourir un cholérique dans un état de souffrance atroce, produite par la contraction spasmodique des muscles du thorax. Il y a eu, dans ce cas, une véritable asphyxie par suite de l'arrêt d'action des agents mécaniques de la respiration.

Il y avait une diminution considérable dans la force musculaire.

Les malades ne pouvaient se tenir debout sans appui, ils chancelaient et cherchaient en vain à porter en avant leurs jambes vacillantes.

Cependant, j'ai vu un malade se lever et marcher sans soutien pour aller à la garde-robe. Il se recoucha sans être aidé et moins d'un quart d'heure après, la vie avait cessé.

Dans deux circonstances, les crampes, après avoir disparu depuis plusieurs jours déjà, sont revenues alors que les malades étaient en pleine convalescence. Chez une jeune femme même, la réapparition de ce symptôme a causé des douleurs tellement vives que sa guérison a été un instant compromise. Ces crampes, survenues pendant la convalescence, siégeaient exclusivement dans les membres supérieurs et principalement aux extrémités digitales.

Tel est l'ensemble des symptômes que j'ai observés dans cette épidémie. Ils caractérisent, dans leur manifestation la plus intense, la deuxième période du choléra, celle à laquelle les auteurs ont donné les noms de période algide, bleue, cyanique, asphyxique.

La première appellation et la dernière conviendraient seules à l'épidémie actuelle, car les malades ont présenté, en succombant, le refroidissement de tout le corps et les signes de l'asphyxie.

La cyanose, ce symptôme que l'on a regardé comme pathognomo-

nique a été très peu marquée, ou bien n'a paru que dans des cas exceptionnels.

Période de réaction. — Lorsque le malade ne succombait pas à la période algide, une réaction s'opérait. Peu à peu, au refroidissement succédait une douce chaleur, le pouls reprenait sa plénitude, la face s'animait, la voix recouvrait son timbre normal, la sécrétion urinaire se rétablissait et un sommeil réparateur s'emparait de l'organisme épuisé. Telle est la réaction franche, complète, mais elle ne s'établissait pas toujours aussi facilement.

Dans certains cas, elle était lente à s'établir, elle était incomplète ; alors les symptômes de la période algide reparaissaient et emportaient les malades.

« La réaction peut être franche ou renfermée dans de justes limites, et le devoir du médecin est de laisser agir la nature; ou elle dépasse les bornes, et il faut la modérer, la contenir, en quelque sorte.

» Des congestions s'établissent alors sur divers organes, sur l'encéphale, les poumons, etc., ou l'irritation des voies digestives prédomine et appelle l'attention du praticien : de là différentes formes admises par les auteurs classiques. » (M. Duval, ouvrage cité, page 34.)

J'ai observé, dans tous les cas, à l'exception d'un seul, la forme comato-typhoïde. — Voici quels ont été ses principaux caractères : fièvre intense, pouls plein, ralenti, céphalalgie frontale; face turgescente et rouge ou bien vultueuse, yeux brillants, injectés, stupeur; somnolence, délire; langue sèche, noire, rôtie, dents et lèvres recouvertes d'un enduit fuligineux; soif vive, ardente; constipation succédant à la diarrhée et devenant tellement opiniâtre, qu'elle nécessitait l'emploi des purgatifs.

Lorsque la réaction devait avoir une issue fatale, l'état comateux augmentait jusqu'à la mort.

Dans un seul cas, j'ai vu la réaction typhoïde se compliquer de congestion pulmonaire et la malade (jeune fille de 14 ans) a succombé le huitième jour, présentant, à l'auscultation, tous les symptômes de la pneumonie.

Je n'ai pas vu une seule fois la réaction se faire chez les vieillards âgés de plus de 60 ans. Tous mouraient dans la période asphyxique ou algide.

J'ai observé chez les femmes qui ont succombé trois cas de réaction. Le premier cas concerne une femme de 39 ans, mère de famille, dans un état de grossesse assez avancé. La réaction a été incomplète et lente à s'établir; néanmoins, les vomissements et la diarrhée avaient disparu; la malade eut quelques émissions d'urine, mais la chaleur revint difficilement, l'algidité reparut et avec elle un état comateux profond qui amena la mort le sixième jour après l'invasion du choléra.

La seconde observation est celle d'une femme de 55 ans, d'une constitution robuste, bien qu'elle eût eu dix-neuf enfants. Cette malade, après avoir présenté tous les symptômes d'une violente réaction typhoïde avec délire intense, tomba dans le coma et mourut au septième jour de la maladie.

La troisième malade était une jeune fille de 14 ans. Elle avait une diarrhée prodromique qui durait depuis plusieurs jours déjà, sans qu'elle s'en occupât, lorsque les vomissements parurent concurremment avec la suppression des urines et l'altération de la voix. J'obtins chez cette malade une réaction assez vive, quoique lente d'abord. Les symptômes caractéristiques de la forme typhoïde se succédèrent sans trop d'intensité. Tout me faisait espérer une terminaison favorable, lorsque, au cinquième jour de la maladie, une violente congestion pulmonaire s'établit. L'auscultation révéla les signes stéthoscopiques d'une pneumonie qui vint aggraver la réaction et enleva la jeune malade au bout de trois jours, c'est-à-dire huit jours après l'invasion du choléra.

Voici, du reste, cette observation détaillée :

Marie L...., âgée de 14 ans, d'un tempérament faible et délicat.

Diarrhée d'une moyenne intensité depuis quatre ou cinq jours. Dans la soirée du 12, apparition d'un frisson violent avec nausées. Bientôt vomissements abondants d'un liquide blanchâtre, tenant en suspension des grumeaux analogues aux grains de riz crevés. Évacuations alvines liquides, jaunâtres, copieuses; soif ardente; horreur pour les boissons chaudes; l'eau froide est bue avec avidité. Langue froide; épigastralgie. Le ventre est

rétracté. Céphalalgie, agitation ; voix altérée dans son timbre ; facies grippé; nez effilé ; pas de cyanose; perte de l'élasticité de la peau. Le pouls est assez irrégulier, il est petit, déprimé. Refroidissement des extrémités. Crampes.

Le 13. — Persistance de la diarrhée et des vomissements ; suppression de l'urine ; la voix est tout-à-fait cassée. Algidité.

Dans la soirée, commencement de réaction.

Le 14. — Les vomissements ont cessé, la diarrhée continue, mais moins intense ; pas d'urines. Le pouls accuse un peu d'accélération et de plénitude, mais la réaction s'établit lentement.

Le 15. — Encore un peu de diarrhée. La face est rouge, animée; émission d'une petite quantité d'urine. La voix est moins éteinte. Chaleur assez élevée. Le pouls est plein, sans dureté.

Le 16. — Même état. Pas de délire. Dans la soirée, le pouls est fréquent, à 110 pulsations, il est un peu dur. Toux ; dyspnée. Douleur vive localisée dans le poumon droit, au-dessous du mamelon. Crachats aérés, légèrement teintés de sang. Matité en haut et en arrière à droite; râle crépitant, fin, sec, pendant l'inspiration. Bronchophonie. Constipation.

Le 17. — La matité est plus accusée ; souffle bronchique mêlé au râle crépitant; augmentation de la dyspnée ; prostration profonde.

Le 18. — Pouls petit, filiforme. Le souffle bronchique est entendu pendant l'inspiration et l'expiration. La phlegmasie s'étend au poumon gauche. Délire.

Le 19. — Mort.

Au commencement de l'épidémie, on ne put pas obtenir de réaction, excepté dans un cas ; tous les malades succombaient au milieu de l'algidité, sans pouvoir être rechauffés. Mais dans les premiers jours de février, la maladie perdit son caractère de haute gravité ; quelques constitutions purent résister à la violence de l'attaque et entrer en pleine réaction.

L'observation suivante se rattache à un de ces cas.

J. R...., âgée de 21 ans, d'une constitution robuste, nouvellement mariée, tombe malade dans la nuit du 1er février; son père et sa mère avaient succombé, l'un le 24, l'autre le 30 janvier.

1er février. — Diarrhée prodromique depuis 24 heures. Vomissements caractéristiques, crampes violentes. Je ne vois cette malade que le lendemain matin.

La peau était froide, couverte d'un enduit visqueux, cyanosée.

La coloration cyanique avait envahi tout le visage; les mains et les pieds étaient aussi cyanosés. C'est, du reste, le seul cas où j'ai réellement constaté la cyanose pendant la vie.

La langue et l'haleine étaient froides, le pouls à peine perceptible. La malade n'avait pas uriné depuis 36 heures. Elle avait encore des selles nombreuses, des vomissements et des crampes violentes.

La réaction fut difficile à obtenir, mais elle finit par s'établir franche, complète et décisive. Peu à peu les symptômes marqués d'algidité disparurent et firent place à ceux d'une congestion un peu trop accentuée peut-être.

Le 3 au matin: Pouls développé, peau chaude, langue humide, mais la malade accuse de la céphalalgie; œil brillant, conjonctive injectée. Diarrhée, vomissements, crampes, arrêtés depuis la veille. Pas encore d'émission d'urine.

Le soir, délire, agitation et, par intervalles, une somnolence assez marquée. Première émission d'urine.

Le 4. — La somnolence est moins forte, le facies moins animé; les urines sont rendues librement; pas de selles depuis 48 heures.

Le soir, léger délire, un peu de fièvre.

Le 5. — Nuit bonne; plus de céphalalgie; moins d'injection de la conjonctive; pas de somnolence; mais il y a une prostration très-marquée, une adynamie profonde, que l'on combat avec les préparations de quinquina.

A dater de ce jour, l'amélioration se soutint, et la malade revint rapidement à la santé; cependant, au 5e jour de la réaction, les crampes reparurent et persistèrent quelque temps avec des intermittences dans leur manifestation.

Les frictions sèches et excitantes, l'extension prolongée des muscles contracturés, en eurent raison. Aucun accident ne vint plus entraver la convalescence et le retour à la santé fut complet.

Pour résumer la symptomatologie, j'ajouterai que l'épidémie observée à Lanvéoc a présenté comme caractères saillants :

1° L'existence constante de la diarrhée prodromique ou prémonitoire, puisqu'elle n'a manqué que deux fois, au commencement de l'épidémie, dans deux cas mortels.

2° L'absence de la cyanose, qui n'a été constatée réellement que dans un cas ; elle a été douteuse dans un ou deux autres.

3° La difficulté de rappeler la chaleur et de la maintenir pendant la période algide. J'obtenais bien une élévation de température assez rapide

quelquefois, mais elle était de courte durée et l'algidité reparaissait dès que les moyens calorifiques étaient suspendus.

4° La plus grande fréquence de la diarrhée chez les vieillards; elle constituait le symptôme le plus important, elle existait même chez eux (dans un ou deux cas) presque à l'exclusion des autres symptômes.

5° La rareté de la réaction chez les enfants et l'impossibilité de l'obtenir chez les personnes âgées.

Si, dans la plupart des cas, la mort arrivait après une violente manifestation symptomatique, j'en ai observé quelques autres dans lesquels elle succédait à des symptômes d'une bénignité apparente et par cela même très-insidieux. Ces faits se sont présentés chez des vieillards débilités par l'âge ou des maladies antérieures. Une diarrhée d'intensité moyenne avec ou sans crampes, et peu ou même point de vomissements, les mettait à toute extrémité. L'intelligence conservait son intégrité et rien, dans cet état, ne faisait pressentir une terminaison fâcheuse prochaine. Mais bientôt, sans autre manifestation morbide, l'algidité survenait et le malade s'éteignait doucement, sans agonie, sans avoir pu être réchauffé.

Le caractère qui a dominé tous les symptômes, légers ou graves, a été une adynamie profonde et nullement en rapport en général, même dans les cas de moyenne intensité, avec l'apparente bénignité des symptômes. La prostration était extrême et un grand nombre de personnes, qui n'avaient éprouvé que la diarrhée prodromique, sont restées plusieurs semaines avant de se remettre complètement du choc imprimé à leur organisme.

Je n'ai pas pu, en raison des circonstances particulières dans lesquelles je me trouvais, pratiquer aucune autopsie. Je ne parlerai donc pas des lésions cadavériques propres au choléra, mon but étant uniquement de décrire les faits que j'ai observés.

Durée. — Il m'a été très-difficile d'arriver à établir avec précision la durée moyenne de la maladie. L'obstacle qui s'oppose à une détermination rigoureuse du temps écoulé entre l'invasion du choléra et sa termi-

naison, est surtout l'impossibilité fréquente de fixer le moment où finit la période prodromique et celui où commence la convalescence.

Cette difficulté disparaît en partie pour les cas mortels.

La durée moindre de la maladie, dans ces cas, a été de trente heures, la plus prolongée n'a pas dépassé huit jours, à partir du moment de l'apparition du choléra confirmé. Sa duré moyenne a été d'environ trois jours et demi.

Dans cette épidémie, je n'ai pas observé un seul cas foudroyant enlevant le malade, en quelques heures, et le surprenant à l'improviste. Je le répète, toujours j'ai noté les prodromes avant le choléra confirmé.

La durée a été moins longue chez les hommes ; les femmes ont résisté plus longtemps.

Elle a varié avec l'âge et la constitution. Aux deux extrêmes de la vie et chez les personnes usées, la mort est survenue plus rapidement.

La durée la plus grande observée, a été huit jours chez une jeune fille de quatorze ans. Chez les vieillards, elle a toujours été inférieure à quatre jours.

Convalescence. — La convalescence a été lente, en général, et elle a exigé beaucoup de soins. Cependant, dans quelques cas, le retour à la santé s'est fait assez rapidement. Je n'ai pas observé de rechutes, ni de maladies venant la compliquer ou arrêter ses progrès.

Chez deux malades seulement, j'ai vu lee crampes reparaître, alors qu'ils étaient, depuis plusieurs jours déjà, en pleine eonvalescence. Elles ont duré quelques jours, en mettant de l'intermittence dans leur manifestation, puis elles ont disparu pour ne plus revenir.

Pronostic. — Les personnes âgées ou débilitées par des maladies antérieures ont rarement échappé à la mort, puisque sur douze cas gravee, dans cette catégorie de malades, il y a eu neuf décès.

Les constitutions robustes, quoique moins maltraitées, n'ont pas été cependant épargnées.

Chez les enfants, la mortalité, quoique moins forte que chez les vieillards, a été toutefois considérable.

Au début de l'épidémie, toutes les constitutions, tous les âges, sans distinction de sexe, étaient frappés ; mais ensuite la maladie a surtout décimé les vieillards.

Le pronostic était beaucoup plus grave au début, époque à laquelle presque tous les cas graves ont été mortels.

Mortalité. — Le chiffre des décès s'est élevé à 21, dont 16 pour le bourg seul, et 5 pour le reste de la circonscription. La mortalité générale a donc été, pour le bourg, de 1 sur 21 habitants, et pour la section entière, de 1 sur 61.

Les décès se décomposent ainsi :

1° Suivant le sexe :
Sexe masculin, 9 ;
Sexe féminin, 12.

2° Suivant l'âge :
Première enfance : 3, dont 2 filles et un garçon ;
Au-dessous de 15 ans : 2, dont une fille et un garçon ;
De 20 à 40 ans : 4, dont 2 hommes et 2 femmes ;
De 40 à 50 ans : 2, dont un homme et une femme ;
De 50 à 60 ans : une femme ;
De 60 à 70 ans : 2 hommes ;
Au-dessus de 70 ans : 7, dont 5 hommes et 2 femmes.
En tout, 21 décès.

3° Suivant les professions :

Hommes.	Cultivateurs. . .	3
—	Ouvriers.	3, dont 2 forgerons.
—	Batelier.	1
Femmes.	Ménagères.	8
—	Domestiques. . . .	2
Enfants sans professions. . .		4

Dans les 16 décès concernant des personnes âgées de plus de 20 ans, on compte :

Célibataires	3, dont 2 hommes et une femme.
Veufs.	3

Veuves......... 5
Hommes mariés.. 2
Femmes mariées.. 3

Le nombre des cas observés pendant l'épidémie se décompose ainsi :

Diarrhée, cholérine, choléra léger..... 70
Choléra grave, confirmé............. 36

Le chiffre des décès s'étant élevé à 21, c'est 1 décès pour 1,7 cas de choléra proprement dit.

Sur les 36 cas de choléra grave, 9 concernent des enfants et ont donné 5 décès ; 12 concernent des vieillards et ont fonrni 9 décès ; 15 se rapportent à des adultes et ont donné lieu à 7 décès.

Ainsi donc, relativement au nombre des cas, la mortalité a été plus considérable chez les enfants que chez les adultes ; plus considérable chez les vieillards que chez les enfants.

NATURE DU CHOLÉRA.

Malgré tout ce qui a été dit sur la nature du choléra, on ne sait encore rien de positif à ce sujet.

Les uns ont avancé que le choléra est une inflammation gastro-intestinale, mais les lésions anatomiques ne viennent pas à l'appui de cette assertion. D'autres y ont cru voir une altération de l'innervation générale, une névrose du grand sympathique, une asphyxie, une fièvre pernicieuse algide.....

Ce n'est pas ici le lieu de passer en revue l'interminable série d'hypothèses imaginées pour expliquer ce problème jusqu'ici sans solution.

Le début brusque de la maladie, sa marche rapide, la physionomie caractéristique des symptômes, portent à croire que le choléra est un empoisonnement, sans qu'on puisse dire quelle est la nature de la substance toxique.

« Quant au siége du choléra, on ne peut pas raisonnablement le placer dans tel appareil, plutôt que dans tel autre, car les lésions

locales sont d'une importance secondaire lorsque la maladie est produite par une cause générale. Dans ce cas, les altérations locales ne sont qu'un accident et ne constituent pas le phénomène capital de la maladie. »

Contagion ou transmission du choléra. — Laissant de côté l'appréciation des faits favorables ou contraires à la contagion ou à la transmission du choléra, je me bornerai à exposer ce que j'ai vu dans le champ restreint de mes observations.

J'ai décrit, dans la première partie de ce travail, les phénomènes qui ont marqué l'invasion du choléra à Lanvéoc. Admettra-t-on, pour les expliquer, l'influence épidémique générale, la cause occulte qui frappe les populations à la manière des orages ? Mais alors, pourquoi cette cause qui existait à Brest depuis le commencement de janvier, ne s'est-elle fait sentir à Lanvéoc, si rapproché de Brest, que plus de vingt jours après? Pourquoi a-t-elle tant tardé à exercer ses ravages habituels dans une localité où se trouvaient réunies, au plus haut degré, toutes les circonstances les plus favorables à son développement?

Au contraire, un premier cas de choléra se déclare chez un enfant venu de Brest; quelques personnes qui avaient séjourné dans la ville infectée, viennent mourir à Lanvéoc, peu après, et aussitôt le fléau fait explosion. La maladie frappe d'abord ceux des habitants qui ont eu des rapports suivis avec les premières victimes, ou qui leur ont donné des soins, puis elle atteint tout le monde indistinctement.

Il y a dans ces faits autre chose qu'une coïncidence pure et simple; l'hypothèse d'une influence épidémique occulte ne suffit pas, il me semble, pour les expliquer. Quand bien même en donnerait-elle la raison, il y aurait encore quelque chose d'extraordinaire dans la façon dont la maladie choisit ses victimes parmi les personnes qui ont été en rapport avec les premiers malades, à l'exclusion des autres.

En étudiant ces faits et d'autres plus significatifs encore, je suis très-disposé à admettre la transmissibilité du choléra.

Un, deux, trois malades, venant d'un lieu infecté, peuvent déve-

lopper, dans une localité plus ou moins distante, une sorte d'atmosphère cholérique, où d'autres personnes puiseront le germe de la maladie.

Différentes circonstances modifient l'intensité de la propagation par l'infection de l'air : l'insalubrité des lieux, de mauvaises conditions météorologiques, la débilité, l'affaiblissement, la misère, sont autant de causes qui favorisent le développement du principe morbide, mais qui ne le procréeront pas spontanément, du moins sous nos latitudes.

La voie d'absorption du miasme virulent serait surtout la muqueuse pulmonaire, peut-être aussi celle du tube digestif. Quant au contact direct avec les cholériques, il paraît être sans danger.

Le choléra épidémique est transmissible de plusieurs manières : par l'intermédiaire de l'air atmosphérique, par les hommes, par les objets contaminés et transportés à une distance plus ou moins grande du foyer d'infection. Mais dans les circonstances particulières dont je parle, la transmission me paraît s'être effectuée par la voie des personnes venues des lieux où sévissait le choléra

Cette opinion, basée sur une observation attentive, je ne me la suis faite qu'après de longues réflexions. La lecture des travaux des savants professeurs de cette école sur la matière m'a confirmé dans mes idées.

Je ne puis abandonner ce sujet sans rappeler les services que MM. les Professeurs Anglada, Fuster et Jaumes ont rendu à la science, en vulgarisant leurs idées au sujet de la contagion et de la plupart des questions qui se rattachent au choléra épidémique.

Prophylaxie. — La première indication qui se présentait était la destruction ou au moins l'atténuation des foyers miasmatiques. C'était le seul moyen d'arrêter l'épidémie dans sa marche fatale.

Dès le début, les maisons infectées ont été tenues dans un isolement relatif ; on n'admettait auprès des malades que le personnel nécessaire pour les soigner.

L'atmosphère intérieure des maisons était renouvelée plusieurs fois dans la journée ; un dégagement de chlore fut établi en permanence dans

celles où il y avait des malades. L'humidité fut combattue par une ventilation fréquente et l'entretien de feux clairs dans les foyers. La plus grande propreté fut mise en pratique. Les matières des vomissements et des déjections alvines étaient portées à quelque distance de l'habitation et enfouies au fur et à mesure qu'elles se produisaient.

Dès qu'un décès avait lieu, le cadavre était inhumé et enterré dans un délai assez court.

Tous les objets de couchage, tous les vêtements ayant servi aux malades, étaient exposés à l'air, loin des maisons et sous le vent. Ils étaient soumis à un battage, ensuite soigneusement lavés à l'eau chlorurée.

Autant que possible, les maisons où la mort venait de frapper un malade étaient évacuées, et, avant de les habiter de nouveau, on y faisait dégager des vapeurs de chlore pendant quelque temps.

Le régime des familles nécessiteuses était amélioré à l'aide des fonds mis par le préfet du Finistère à notre disposition. Des distributions de bouillon, de vin, de bois, de vêtements, furent faites aux plus pauvres.

Traitement. — L'ambulance, organisée à la hâte, ne contenait que peu de médicaments. On avait dû les choisir parmi les plus usuels. J'ai donc été forcé de restreindre la médication, en raison de la pénurie des moyens thérapeutiques mis à ma disposition.

Pour ramener la chaleur, j'ai employé les couvertures de laine préalablement chauffées, les bouteilles remplies d'eau bouillante, les sachets de cendres chaudes, les briques qu'on avait passées au feu.

Dans quelques circonstances, en présence d'une algidité extrême, j'ai eu à me louer du bain d'enveloppe, obtenu avec une couverture de laine trempée dans de l'eau bouillante et légèrement égouttée, avant d'en entourer le malade.

Les sinapismes, les frictions diverses étaient utiles dans les cas légers. Les frictions faites le long de la colonne vertébrale avec un mélange par parties égales d'essence de térébenthine et d'ammoniaque, ne m'ont pas paru aussi utiles qu'on le prétend souvent.

Les boissons étaient administrées en petite quantité, afin de ne pas,

par leur abondance, favoriser la tendance au vomissement. Les médicaments solubles étaient donnés avec le moins de véhicule possible, pour augmenter la facilité de leur absorption et éviter leur rejet.

Contre la diarrhée, j'ai employé les lavements laudanisés ou mucilagineux, le sous-nitrate de bismuth ou le ratanhia.

Contre les vomissements, l'éther, le laudanum, quelquefois le sous-nitrate de bismuth, mais jamais la glace, vu l'impossibilité de s'en procurer.

Contre l'algidité, outre les moyens externes déjà mentionnés, pour favoriser la calorification, j'ai eu recours aux diaphorétiques, aux boissons stimulantes ; j'ai employé souvent en potions l'éther, l'alcoolé à la menthe, le rhum, l'élixir de la Grande-Chartreuse, avec des résultats variables.

Les autres symptômes, tels que les crampes, l'état saburral, ont été combattus par les moyens ordinaires.

La réaction. lorsqu'elle était trop intense, réclamait un traitement particulier qui variait avec la forme qu'elle adoptait. Excepté dans un seul cas, je n'ai jamais reconnu l'indication de pratiquer des émissions sanguines contre les congestions et les phlegmasies complicantes Le caractère qui dominait dans tous les cas, l'adynamie, me faisait un devoir de ne pas tenter ce moyen, même contre les symptômes de la période de réaction qui le réclament ordinairement.

La convalescence a nécessité des soins particuliers, dans quelques cas surtout, où elle a été difficile à conduire. J'ai dû insister longtemps sur les toniques, tels que l'extrait et le vin de quinquina, les vins généreux. Dans quelques cas où elle a été compliquée par le dérangement des fonctions digestives, j'ai prescrit et fait observer un régime doux et surtout la diète lactée.

FIN.

Vu, permis d'imprimer :
Le Censeur-Président,
FONSSAGRIVES.

Vu :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
A. DONNE.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Sur lesquelles le Candidat doit répondre verbalement en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

Comment reconnaître si l'huile d'olives a été falsifiée par l'huile d'œillettes ?

Chimie Générale et Toxicologie.

Des symptômes de l'empoisonnement par les substances narcotiques considérés en général.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Des divers modes de ramifications des végétaux.

Anatomie.

Du mode de développement et de l'organisation de la rate; appréciation raisonnée des travaux modernes à ce sujet.

Physiologie.

Les bêtes sont-elles susceptibles de folie ? Le sont-elles de morosité?

Pathologie et Thérapeutique générales

Définir la maladie.

Pathologie Médicale ou Interne.

Quel est le rôle que jouent les humeurs dans la pathologie ?

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Des luxations des articulations radio-cubitales.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Quelles sont les lumières que l'analyse clinique a fournies sur la nature des émanations marécageuses ? Quels sont les effets de l'influence de ces émanations sur l'agrégat vivant, et quelles sont les indications offertes par ces effets ?

Opérations et Appareils.

De l'anatomie pathologique au point de vue de la médecine opératoire.

Médecine Légale.

De la submersion.

Hygiène.

De l'accord qui doit exister entre le régime diététique et la thérapeutique.

Accouchements.

Du toucher. Y a t-il plusieurs manières de pratiquer cette manœuvre?

Clinique Interne.

La méningite cérébro-spinale consiste-t-elle exclusivement dans l'inflammation de l'arbre cérébro-spinal ? Établir les différences quant à son diagnostic et à son traitement.

Clinique Externe.

De la formation du cal.

Sujet de Thèse.

Du choléra épidémique observé à Lanvéoc — canton de Crozon (Finistère).

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER.

Professeurs.

Messieurs :	
BÉRARD (C. ✻), Doyen.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ ✻ (C ✠.).	*Médecine légale.*
BOUISSON (O ✻), ✠.	*Clinique chirurgicale.*
BOYER ✻.	*Pathologie externe. Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.*
DUMAS ✻.	*Accouchements.*
FUSTER ✠.	*Clinique médicale.*
JAUMES ✻.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
MARTINS ✻✠✠.	*Botanique et Histoire Natur. Médicale.*
DUPRÉ ✻ (C✠.), *Exam.*	*Clinique médicale.*
BENOIT ✻.	*Anatomie. Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.*
ANGLADA.	*Pathologie médicale.*
COURTY.	*Clinique chirurgicale.*
BÉCHAMP.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
ROUGET.	*Physiologie.*
COMBAL ✻.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
FONSSAGRIVES (O ✻) ✠✠, *Présid.*	*Hygiène.*
MOUTET.	*Opérations et appareils.*

PROFESSEUR HONORAIRE.
M. LORDAT C ✻.

Agrégés en exercice.

Messieurs :	Messieurs.
QUISSAC.	PÉCHOLIER, *Exam.*
BROUSSE.	CAVALIER.
BOURDEL.	CASTAN.
GIRBAL.	BATLLE.
GARIMOND, *Exam.*	ESPAGNE.
JACQUEMET.	SAINTPIERRE.
MOITESSIER.	ESTOR.
GUINIER.	SABATIER.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!